

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über
eine Änderung der Mindestmengenregelungen:
Änderung der Übergangsregelung zu Nummer 14 der Anlage
(Rektumkarzinomchirurgie)

Vom 6. August 2026

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung	2
3.	Zu den Änderungen im Einzelnen	3
4.	Bürokratiekostenermittlung	3
5.	Verfahrensablauf	3
6.	Fazit.....	4

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V einen Katalog planbarer Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistung abhängig ist, sowie Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt und Standort eines Krankenhauses und Ausnahmetatbestände zu beschließen. Die normative Umsetzung durch den G-BA erfolgt im Rahmen der Mindestmengenregelungen (Mm-R), die vorliegend geändert werden.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Der Änderungsbeschluss beruht auf dem Umstand, dass mit Beschluss des G-BA vom 3. Dezember 2025 der Mindestmengenkatalog u.a. im Leistungsbereich „Rektumkarzinomchirurgie“ an die OPS Version 2026 angepasst wurde, ohne jedoch den Anwendungsbereich des Leistungsbereichs dieser Mindestmenge zu ändern.

Mit den Änderungen durch den Beschluss vom 3. Dezember 2025 wurde lediglich die mit der OPS Version 2026 erfolgte Ausdifferenzierung der Subklassifikationsliste zum Viersteller des Subkodes 5-455.** in den Mindestmengenregelungen umgesetzt. Konkret wurden

- die Sechssteller 6 gestrichen und auf die neuen, weiter differenzierten Sechssteller 9 und a verlagert (es fand somit eine Überleitung aus dem Sechssteller 6 statt);
- die Sechssteller 7 gestrichen und auf die neuen, weiter differenzierten Sechssteller c, d, e, f und g verlagert (es fand somit eine Überleitung aus dem Sechssteller 7 statt);
- die Sechssteller 8, b und g eingeführt, übergeleitet aus der in den Mm-R enthaltenen Resteklasse.

Somit haben sich ausschließlich die Kodeziffern in der Kodegruppe 5-455 geändert, jedoch nicht deren Inhalte.

Im Rahmen der bis spätestens 7. August 2026 abzugebenden Prognosedarlegung muss einerseits die erbrachte Leistungsmenge des Kalenderjahres 2025 (§ 4 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1) sowie andererseits die erbrachte Leistungsmenge in den letzten zwei Quartalen 2025 und den ersten zwei Quartalen des Kalenderjahres 2026 (§ 4 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2) angegeben werden. Die zum 1. Januar 2026 in Kraft getretenen Änderungen des Beschlusses vom 3. Dezember 2025 sind im Rahmen der Prognosedarlegung jedoch allein für die ersten zwei Quartale des Kalenderjahres 2026 von Bedeutung, während für die Leistungsmengen aus dem Kalenderjahr 2025 die OPS zu Grunde zu legen sind, die im Kalenderjahr 2025 auch maßgeblich waren.

Für die Anrechnung von Leistungen des Kalenderjahres 2025 müssen folglich die für das Kalenderjahr 2025 maßgeblichen OPS-Kodes berücksichtigt werden. Dies betrifft konkret die OPS-Kodes 5-455.76, 5-455.77, 5-455.b6, 5-455.b7, 5-455.d6, 5-455.d7, 5-455.x6, 5-455.x7 aus der OPS Version 2025, die in der OPS Version 2026 nicht mehr enthalten sind.

Mit dem vorliegenden Beschluss wird den Krankenhäusern bis zum 7. September 2026 die Möglichkeit zur entsprechenden Prüfung und Berichtigung gegeben.

3. Zu den Änderungen im Einzelnen

Ergänzung der Übergangsregelung

Mit dem vorliegenden Änderungsbeschluss vom 6. August 2026 wird den Krankenhäusern für den Leistungsbereich der Rektumkarzinomchirurgie ermöglicht, ihre bereits erfolgten Entscheidungen für oder auch gegen eine Prognosedarlegung innerhalb der Frist bis zum 7. September 2026 zu überprüfen und gegebenenfalls eine Prognose schriftlich nachzureichen oder bereits erfolgte Prognosen zu berichtigen.

Zudem können Krankenhausträger, deren standortbezogene Berechtigung zur Leistungserbringung gemäß § 6 Absatz 4 Satz 1 bis einschließlich 6. August 2026 endet, ebenfalls innerhalb der Frist bis zum 7. September 2026 die Leistungsmenge gemäß § 6 Absatz 3 Satz 2 oder 3 schriftlich berichtigen, wenn die gemäß § 6 Absatz 3 Satz 5 übermittelte Leistungsmenge nicht der Anzahl der tatsächlich erbrachten anrechenbaren stationären Behandlungsfälle entspricht.

4. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerfO und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

5. Verfahrensablauf

Auf der Grundlage eines gemeinsamen Antrags des GKV-Spitzenverbandes und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 30. Juli 2026 hat das Plenum in seiner Sitzung am 6. August 2026 über eine Änderung der Mindestmengenregelungen beraten.

6. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 6. August 2026 beschlossen, die Mindestmengenregelungen zu ändern.

Die Patientenvertretung und die Länderververtretung tragen den Beschluss mit.

Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer und der Deutsche Pflegerat äußerten keine Bedenken.

Berlin, den 6. August 2026

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Die Vorsitzende

Dr. Optendrenk